………………………………………………..

……………………………………………………. miejscowość, data

Pieczęć firmy

***Z A Ś W I A D C Z E N I E O Z A R O B K A C H***

**wydane dla potrzeb świadczeń rodzinnych i funduszu alimentacyjnego**

**(dla osób zgłaszających dochód uzyskany po roku bazowym)**

Zaświadcza się, że Pan(i) ………………………………………………………..……….……………………………

Nr PESEL ……………………………. Zamieszkały(a) …………………………………………….……………..…

Jest/był zatrudniony (a) ….………………………………..………………………………………….………………...

(nazwa i adres zakładu pracy)

Na podstawie ………………………………………………………………..………………….…………

(podać rodzaj umowy)

od ……………………………….……. do………………………………

(podać okres zatrudnienia)

**Wynagrodzenie za …………………………………………………..……………..** – wpisać miesiąc i rok

(drugi miesiąc po uzyskaniu zatrudnienia)

1. Przychód …………….……………………..
2. Koszty uzyskania przychodu ...…………..……………………..
3. Należny podatek dochodowy od osób fizycznych

(zaliczka na podatek) ...……….….……………………..

1. Składki na ubezpieczenie społeczne

(niezaliczone do kosztów uzyskania przychodów) …………………………………….

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne .……………………………………
2. Dochód uzyskany …..……..………………………… pkt.1 – (pkt.2 + pkt.3 + pkt.4 + pkt.5)
3. Diety \* ………………….………….........

……….…………………………………………

Pieczątka i podpis pracodawcy

**\*** należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą- w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.- Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.)